

เอกสารประกอบ

1. สำเนาบัตรเจ้าหน้าที่รัฐหรือบัตรประจำตัวประชาชน
2. สำเนาทะเบียนบ้าน
3. ใบรับรองแพทย์จากโรงพยาบาลของรัฐมีอายุไม่เกิน 30 วัน ฉบับจริง
4. สำเนาทะเบียนสมรส กรณีคู่สมรส
5. สำเนาทะเบียนรับรองบุตรบุญธรรม กรณี บุตรบุญธรรม
6. ใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ-สกุล (ถ้ามี)
7. สำเนาบัตรประชาชนของผู้รับเงินสงเคราะห์
8. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับเงินสงเคราะห์



ใบสมัครสมาชิก

สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สหกรณ์ออมทรัพย์ภาคเหนือ (สสอน.)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....อายุ.....ปี

เลขที่ประจำตัวประชาชน

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ. คู่สมรสชื่อ.....

ดำรงตำแหน่ง หรือปฏิบัติหน้าที่.....สถานที่ปฏิบัติงาน.....

 สมาชิกหลักเป็นสมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์ประเภท 1.สามี 2.สมทบ เลขที่สมาชิกสหกรณ์.....

** กรณีผู้สมัครเป็นสมาชิกสมทบ หรือ ไม่ได้เป็นสมาชิกของสหกรณ์ โปรดกรอกข้อ (1) ให้ครบถ้วน **

(1) เป็น คู่สมรส บิดา มารดา บุตร บุตรบุญธรรม พี่น้องร่วมบิดามารดาเดียวกัน พี่น้องร่วมบิดาหรือมารดาเดียวกัน อื่น ๆ (ระบุ).....

ของสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์เลขที่สมาชิก.....

 สมาชิกหลักไม่เป็นสมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์

** กรณีผู้สมัครเป็นผู้สมัครสมทบของผู้ที่ไม่เป็นสมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์

(2) เป็น คู่สมรส บิดา มารดา บุตร บุตรบุญธรรม พี่น้องร่วมบิดามารดาเดียวกัน พี่น้องร่วมบิดาหรือมารดาเดียวกัน อื่น ๆ (ระบุ).....

ของเลขบัตรประชาชน.....สังกัด/สถานที่ปฏิบัติงาน.....

(1) ที่อยู่ปัจจุบัน

บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน..... ตำบล(แขวง).....

อำเภอ (เขต).....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....E-mail.....

(2) ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน..... ตำบล(แขวง).....

อำเภอ (เขต).....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....E-mail.....

(3) การชำระเงินค่าสมัครสมาชิกครั้งแรกจำนวน 4,150.00 บาท และครั้งต่อไปชำระดังนี้

ชำระเป็นเงินสดทุกปี หักชำระจากการเพิ่มเงินกู้ให้สมาชิก(กรณีสหกรณ์มีบริการ)

หักชำระจากบัญชีเงินฝากในสหกรณ์ ของ 1.ตนเอง 2.สมาชิกอื่น

ชื่อบัญชี..... เลขที่บัญชี.....

หักชำระจากเงินปันผล,เฉลี่ยคืน ของ 1.ตนเอง 2.สมาชิกอื่น ชื่อ.....

สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ เลขที่สมาชิก.....

***หมายเหตุ กรณีไม่เป็นสมาชิกสหกรณ์หรือเป็นสมาชิกสหกรณ์แต่สมัครผ่านสมาคมโดยตรง ต้องชำระ

เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า และเงินค่าบำรุงรายปี ครั้งต่อไป ด้วยวิธีการชำระเป็นเงินสด เท่านั้น ***

ข้าพเจ้าได้รับทราบ และเข้าใจวัตถุประสงค์ของข้อบังคับ สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สหกรณ์ออมทรัพย์ภาคเหนือแล้วมีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิก และยินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับและเงื่อนไขดังกล่าวทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

คำยินยอมของสมาชิกสามัญสหกรณ์ ให้หักชำระจากบัญชีเงินฝากในสหกรณ์ หรือ หักชำระจากเงินปันผล,เฉลี่ยคืน

ข้าพเจ้า.....เป็นสมาชิกสามัญสหกรณ์ออมทรัพย์.....

เลขสมาชิกสหกรณ์.....มีความยินยอมให้สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สหกรณ์ออมทรัพย์ภาคเหนือ (สสอน.)

หักชำระเงินสงเคราะห์ล่วงหน้า และเงินบำรุงสมาคมรายปี ของ.....ตามที่สมาคมฯเรียกเก็บ

โดย หักชำระจากบัญชีเงินฝากในสหกรณ์ของข้าพเจ้า

หักชำระจากเงินปันผล,เฉลี่ยคืนของข้าพเจ้า

ลงชื่อ.....ผู้ให้ความยินยอม

(.....)

<p>สำหรับเจ้าหน้าที่</p> <p>ได้ตรวจสอบแล้ว ขอรับรองว่าผู้สมัคร</p> <p>() เป็นผู้มีความสมัครต้องครบถ้วน</p> <p>() ได้แนบหลักฐานประกอบการสมัครครบถ้วน</p> <p>() ชำระเงินค่าสมัคร และเงินค่าสงเคราะห์ล่วงหน้าแล้ว</p> <p>() ครอบงุมัติรับเป็นสมาชิก</p> <p>ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่</p> <p>(.....)</p> <p>ลงชื่อ.....ผู้จัดการ</p> <p>(.....)</p>	<p>ความเห็นของเลขานุการ/ประธานศูนย์ประสานงาน</p> <p>() ครอบงุมัติรับเป็นสมาชิก () อื่น ๆ (ระบุ).....</p> <p>ลงชื่อ.....เลขานุการศูนย์ประสานงาน</p> <p>(.....)</p> <p>ลงชื่อ.....ประธานศูนย์ประสานงาน</p> <p>(.....)</p> <p>การอนุมัติ</p> <p>() ได้รับอนุมัติ เมื่อวันที่.....</p> <p>ลงชื่อ.....เลขานุการ สสอน.</p> <p>(.....)</p> <p>() ทราบและเสนอที่ประชุมทราบด้วย</p> <p>ลงชื่อ..... นายกสมาคม</p> <p>(.....)</p>
---	--



หนังสือให้คำยินยอมในการแสดงเจตนาการรับเงินสงเคราะห์ และการหักเงิน

สมาคมพัฒนาจิตสงเคราะห์สหกรณ์ออมทรัพย์ภาคเหนือ (สสอน.)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์.....เลขสมาชิกสหกรณ์.....

ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรศัพท์มือถือ.....

ทำงานประจำในตำแหน่ง.....สถานที่ทำงาน.....

เลขที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์ที่ทำงาน.....

1. สถานภาพ

โสด สมรส คู่สมรสชื่อ..... หย่าร้าง หม้าย

2. กรณี ข้าพเจ้ามี ภาระหนี้ คงค้างอยู่กับสหกรณ์ออมทรัพย์ต้นสังกัด ข้าพเจ้า ยินยอมให้สหกรณ์ออมทรัพย์ต้นสังกัด หักเงินเพื่อชำระหนี้ดังกล่าวจนเสร็จสิ้นก่อน

3. เงินที่เหลือจาก ข้อ 2 ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนาจ่ายเงินสงเคราะห์ที่พึงจ่ายให้กับบุคคล ดังต่อไปนี้

3.1..... เกี่ยวข้องกับ.....เบอร์โทรศัพท์.....	3.4..... เกี่ยวข้องกับ.....เบอร์โทรศัพท์.....
3.2..... เกี่ยวข้องกับ.....เบอร์โทรศัพท์.....	3.5..... เกี่ยวข้องกับ.....เบอร์โทรศัพท์.....
3.3..... เกี่ยวข้องกับ.....เบอร์โทรศัพท์.....	3.6..... เกี่ยวข้องกับ.....เบอร์โทรศัพท์.....

โดยมอบให้ผู้รับเงินสงเคราะห์ลำดับที่.....(นาย/นาง/นางสาว.....) เป็นผู้จัดการศพ

อนึ่ง ข้าพเจ้าขอรับรองว่า การแสดงเจตนาครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่มีผู้ใดบังคับ ช่มชู้ หรือกระทำการใดๆ ให้ข้าพเจ้าแสดงเจตนาดังกล่าว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ ท้ายหนังสือนี้

ลงชื่อ.....ผู้ให้คำยินยอม

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ศูนย์ฯ

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้จัดการศูนย์ฯ

(.....)



แบบคำรับรองสุขภาพตนเอง

เขียนที่..... วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

เลขประจำตัวประชาชน อายุ.....ปี

ข้าพเจ้าขอให้ประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าเพื่อประกอบการสมัครสมาชิก สสอน. ดังนี้

- 1. มีสุขภาพแข็งแรง
- 2. ไม่เป็นผู้มีกายทุพพลภาพ จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้
- 3. ไม่มีจิตฟั่นเฟือน ไม่สมประกอบ
- 4. ประวัติการรักษาโรคต่อไปนี้

(4.1) โรคมะเร็ง <u>ทุกประเภท</u>	<input type="checkbox"/>	ไม่มี	<input type="checkbox"/>	มี	ระบุ.....
(4.2) โรคหัวใจ <u>ทุกประเภท</u>	<input type="checkbox"/>	ไม่มี	<input type="checkbox"/>	มี	ระบุ.....
(4.3) โรคผิวหนัง <u>ทุกประเภท</u>	<input type="checkbox"/>	ไม่มี	<input type="checkbox"/>	มี	ระบุ.....
(4.4) โรคปอด <u>ทุกประเภท</u>	<input type="checkbox"/>	ไม่มี	<input type="checkbox"/>	มี	ระบุ.....
(4.5) โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง <u>ทุกประเภท</u>	<input type="checkbox"/>	ไม่มี	<input type="checkbox"/>	มี	ระบุ.....
(4.6) โรคไต <u>ทุกประเภท</u>	<input type="checkbox"/>	ไม่มี	<input type="checkbox"/>	มี	ระบุ.....
(4.7) โรคหลอดเลือด <u>ทุกประเภท</u>	<input type="checkbox"/>	ไม่มี	<input type="checkbox"/>	มี	ระบุ.....
- 5. โรคร้ายแรงอื่นๆ (ระบุ).....

ข้าพเจ้าขอรับรองและยืนยันว่าบันทึกถ้อยคำดังกล่าวที่ให้ไว้ข้างต้น เป็นความจริงทุกประการ หากบันทึกถ้อยคำที่ได้แจ้งไว้ไม่ตรงกับความเป็นจริงหรือเป็นเท็จแล้ว ขอให้ สสอน. ตัดสิทธิข้าพเจ้าเป็นผู้ขาดคุณสมบัติการเป็นสมาชิกได้ตามมติคณะกรรมการ สสอน. และข้าพเจ้าตลอดทั้งทายาทหรือผู้รับเงินสงเคราะห์ของข้าพเจ้าจะไม่ขอรับสิทธิ์และใช้สิทธิ์ใดๆ ในการรับเงินสงเคราะห์ตามที่กำหนด เมื่อข้าพเจ้าได้เสียชีวิตตามข้อ (4.1)-(4.7) ก่อนครบกำหนด 1 ปี

ข้าพเจ้าได้รับทราบเงื่อนไขและข้อกำหนดแล้วว่าภายใน 1 ปีนับแต่ที่ สสอน. มีมติรับข้าพเจ้าเป็นสมาชิกแล้ว หากข้าพเจ้าเสียชีวิตก่อนครบกำหนด 1 ปี ด้วยโรคข้อ (4.1) - (4.7) ทาง สสอน. จะไม่จ่ายเงินสงเคราะห์ให้ผู้รับเงินสงเคราะห์

ขอรับรองว่าเป็นความจริงทุกประการ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ.....
 (.....)
 (ผู้สมัครสมาชิก สสอน.)

ลงชื่อ..... ลงชื่อ.....
 (.....) (.....)
 พยาน/เจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงาน พยาน/ผู้มีชื่อรับเงินสงเคราะห์